

NÉMETH GYÖRGY

## Egészségbiztosítási alapmodellek

Bismarck és Beveridge

A tanulmány a két egészségbiztosítási alapmodellt tárgyalja, melyeket a szakirodalom Bismarck és Beveridge nevével jelöl. Ezek kialakulását megelőzte az a kormányzati törekvés, hogy a szegények és a közvetlenül felettük lévő társadalmi rétegek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését javítsa, de ez az út egy idő után járhatatlannak bizonyult, és helyükre vagy melléjük kötelező tagságon alapuló egészségbiztosítási rendszerek léptek. (E folyamat a fejlett világban – az Egyesült Államok kivételével – csak a 20. század legvégén fejeződött be.) A szerző amellet érvel, hogy a két alapmodell sajátos történelmi körülményeknek köszönheti létrejöttét; az 1880-as évek elején a német szociáldemokrácia pacifikálása volt a (társadalom)politikai cél, az 1940-es évek Angliájában pedig a megosztott társadalom egységének létrehozása, a munkásosztály középosztályi szintre emelése. A beveridge-i alapmodell nem a bismarcki ellenében, hanem annak alternatívájaként született. Beveridge úgy gondolta, hogy a bismarcki modell fejlődése idővel teljes körű működéshez vezet és csupán egyetlen egészségbiztosító marad. Modelljének lényege, hogy az odavezető utat egyetlen nagy ugrással tegye meg.

A tanulmány itt nem közölt, első felében a szerző a biztosítás és a társadalombiztosítás közötti különbségét tárgyalja, s azt a jövedelem-újraelosztás hiányában vagy meglétében találja meg. Ideáltipikus esetben a biztosítás (melyet gyakran, de tévesen „üzleti” jelzővel illetnek) nem hajt végre jövedelem-újraelosztást, vagyis a biztosításban nincs szolidaritás: a biztosítási díj szoros kapcsolatot teremt a biztosított által megtestesített kockázat és a biztosító által vállalt biztosítási szolgáltatás között, vagyis érvényesíti az egyéni egyenértékűség (individuális ekvivalencia) elvét. Társadalombiztosítás esetén viszont a biztosító nem tesz kísérletet ezen elv alkalmazására, ezért nem is biztosítási díjról, hanem járulékról beszélünk, mely rendszerint jövedeleमारányos. Egy biztosító és egy társadalombiztosító működése modellszinten csak abban különbözik, hogy előbbi a biztosítottakra lebontva határozza meg a biztosítási díjat, utóbbi pe-

dig az összes biztosítottra együttesen veti ki a járulékot. A társadalombiztosítás közgazdasági értelemben egyidejűleg biztosítás és jövedelem-újraelosztó (szolidaritási) rendszer: minden biztosított járulék formájában többet vagy kevesebbet fizet annál, mint amennyi a biztosítási díja lenne. Ha többet, a többlet azokhoz kerül, akik kevesebb járulékot fizetnek, mint amennyibe biztosítási díjuk kerülne. Ezek kumulált összege adja a konkrét társadalombiztosítási rendszer szolidaritás-tartalmát, ami – legalábbis elvileg – százalékos formában megadható. Tehát elmondható, hogy egy konkrét rendszer 60 százalékban biztosításon és 40 százalékban szolidaritáson alapul – vagy éppen fordítva.

### **A lehetséges megoldások – az elméleti modellek: Bismarck és Beveridge**

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés lehetőségeinek szélesítése a 19. század utolsó harmadában lett az ez iránt elkötelezettek (elsősorban az egyházak) karitatív magántevékenységéből közügyvé. Ennek három fő oka volt. Az egyik a társadalom felső rétegeinek önérdeke: bár a járványos fertőző betegségek elsősorban az alsó rétegekben terjedtek és onnan került ki áldozataik zöme, olykor elérték a felső rétegeket is, hiszen képtelenség hermetikusan elzárkózni. Mivel a védekezés nem lehetett hatékony, csupán közegészségügyi rendszabályokra hagyatkozva, a gyógyítás ügyének felkarolása is elengedhetetlenné vált.<sup>1</sup> A másik a nyers nemzeti érdek. E korszakban születnek a nemzetek, alakulnak ki a nemzetállamok, melyek a kor szociáldarwinista ihletésű politikai közgondolkodása alapján harcban állnak egymással a túlélésért („struggle for life”), és ez a nemzethez tartozók egészségének helyzetét az államra tartozó problémává tette. Ennek legfontosabb vonatkozása a katonai erő, mely döntően az általánossá tett hadkötelezettség alapján fegyverbe hívható férfiak számának függvénye. Az egészségügyi viszonyok elmaradottsága a hadrafogható férfiak számát apasztja, a magas anyai halálozástól kezdve a magas gyermekhalandóságon át, a fiatal férfiakat előszeretettel megtámadó, vakságot okozó szembetegségig (trachoma). Lehangelő tapasztalataik birtokában a hadseregek és flották sorozásért felelős tisztjei közül számosan emelték fel hangjukat a közegészségügy és az egészségügyi rendszer fejlesztéséért, sőt szociálpolitikai, de még társadalompolitikai intézkedések meghozatala érdekében is. Végül a harmadik ok az előbb érdekvédelmét, később politikai képviselőt is megteremtő munkásosztály fellépése volt, amely éppen ezt tette társadalomkritikájának egyik központi elemévé. S csak részben gondolt önmagára. A döntően munkásmozgalmi ihletettséggű, önszerveződő, változatos formájú betegsegélyező egyletek száma és taglétszáma gyorsan gyarapodott, és szinte a szervezett munkásság egészét bevonta. Az előrelépéshez azonban professzionálisra és a féllegitim körülmények meghaladására volt szükség,

<sup>1</sup> A korai kapitalizmusban a városi nyomortelepek példátlan növekedése, a felerősödő migráció, a nemzetközi kereskedelem fellendülése a helyzet romlását okozta a megelőző évtizedekhez, évszázadokhoz képest.

ami minimálisan adekvát jogi szabályozást és hatékony, a jogszerűség mellett a szakszerűséget is ellenőrző állami felügyeletet jelent, továbbá a munkaadók támogatását, illetve rákényszerítésüket a támogatásra.

Az országok három megoldás közül választhattak. Az első a másik kettő előzménye volt, de egyidejűleg is létezhet. Az első megoldás, hogy a társadalom alsó rétegei számára megkönnyítik – ingyenessé vagy olcsóbbá teszik – az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást. Ezt idővel kiegészítette az a törekvés, hogy minél szélesebb körűvé tegyék az önkéntes egészségbiztosítást. Sem a bismarcki, sem a beveridge-i modell bevezetése nem volt előzmények nélküli, zöldmezős beruházás; az előzmények nagy részét a bismarcki modellbe – némi felújítás után – beépítették, míg a beveridge-i modellhez szinte az egészet le kellett rombolni.

Példámat Magyarországról veszem. Az 1870-es évtized utolsó éveiben és a következő évtizedben – nem előzmények nélkül – épült ki a *községi- és körorvosi* (több községből álló egészségügyi kört ellátó), a *kerületi orvosi* (Budapest) és a *városi orvosi* intézmény. Ezen orvosok feladata a hozzájuk forduló nincstelenek ingyenes gyógyítása volt. A szegényeknek a törvényhatóság közgyűlése által elfogadott díjtáblázatban meghatározott, alacsony díjazást kellett fizetniük az orvosnak (többet természetesen fizethettek). Az orvosok emellett éves fizetést kaptak, annak ellenértékéért, hogy a nincstelenek és a szegények számára *is* rendelkezésére álltak. Ezek az orvosok általános orvosi tevékenységet folytattak (ma magángyakorlatot mondanánk, de akkoriban, a katoniorvosokon kívül csak elenyésző számú orvosnál volt értelmes a kétfajta gyakorlat megkülönböztetése, például a főállású uradalmi, vasúti, gyári, bányorvosoknál stb.). Munkájuk során betegekkel szabadon állapodtak meg a díjazásukról, és csupán a községi- és körorvosokra vonatkozott annyi megkötés, hogy körükben, ha más orvos nincs, páciens el nem utasíthatnak.<sup>2</sup> A városokban (fővárosban) ez jól működött: városi-kerületi orvosnak lenni nem csupán fix keresetet jelentett, hanem magas, a praxisukban jól jövedelmező társadalmi és szakmai presztízst. A szegény vidékek községi- és körorvosai azonban a fix fizetésük mellé keveset kereshettek. Idővel előállt az a helyzet, hogy az orvosok fizetése a szegény vidékeken volt a legmagasabb, mégis évekig betöltetlenek maradtak az állások, miközben a gazdag vidékek képletesen fizetett állásaira tömegesen pályáztak.

A kórházak esetében ugyanez volt a helyzet. A szegényeket ingyen ápolták, míg a nem szegényeknek napi ápolási díjat kellett fizetniük. A szegények ápolási díját 1876 előtt a községük fizette. Ez a kötelezettség 1876-tól azon törvényhatóság *betegápolási alapjára* hárult, melynek területén a beteg *illetőségi községe* fekszik (vármegye), illetve azon törvényhatósági jogú város *betegápolási alapjára*, mely az *illetőségi községük*. A törvényhatóság a betegápolási alap feltöltésére megyei illetve városi betegápolási pótadót vetett ki. A rendszer fő problémája az illetőség megállapításának nehézsége volt, amit 1898-ban az *Országos Betegápolási Alap* létrehozásával küszöböltek ki; a betegápolási pótadó kivetése a törvényhozás feladata lett. Az egyes kórházak ápolási díjait a kormányzat hagyta jóvá, s ezeket úgy számolták ki, hogy tételről tételre végigmentek a kór-

<sup>2</sup> Lásd a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvény

ház fenntartásának költségein, az élelmezéstől az orvosok számáig és fizetéséig, s a végösszeget elosztották az ápolási napok (várható) számával.<sup>3</sup> Az eljárás során a kormányzat igencsak rigorózus volt, két okból is: egyrészt mert minél kisebb összeggel akarta terhelni a költségvetést, másrészt mert korlátozni akarta a fizetőképes betegek terheit is. A fizetőképes betegek ugyanis ugyanakkora napi ápolási díjat fizettek, mint az állam a szegények után.<sup>4</sup>

Az állam sem ekkor, sem később nem gondoskodott a szegények – mai fogalmat használva – járóbeteg-szakellátásáról. Budapesten az 1920-as évek közepén már kétszáznál több úgynevezett *ingyenrendelő* működött (vidéken ilyesmire még nagyvárosban is csak elvétve akadt példa). Ezeket adományokból tartottak fenn (az egyik legnagyobb adományozó a főváros volt), a betegetől pénzt, illetve adományt kérni és elfogadni tilos volt, maguk az orvosok ingyen, legfeljebb „kocsipénz” ellenében rendelték heti néhány órát (csekély tiszteletdíjukat, a látszat megőrzéséért, közlekedési költségként számolták el). Az ingyenrendelő az orvosok számára afféle trambulín volt: itt tapasztalatot, gyakorlatot szerezhetett és ismertté tehetette a nevét, annak reményében, hogy néhány, mégiscsak fizetőképes vagy később azzá váló betege az ingyenrendelők kényelmetlensége helyett majd szívesebben választja a magánrendelőjét, még ha ott fizetnie kell is.

Magyarországhoz hasonlóan minden fejlett országban kialakultak azok a hivatalos és nem hivatalos formák, melyek – ha sok kényelmetlenség árán is – a szegényeknek ingyen vagy minimális térítés ellenében elérhetővé tette az alapszintet általában meghaladó orvosi ellátást. A kormány szándékai arra irányultak, hogy javítsák a szegények, illetve a közvetlenül felettük álló rétegek hozzáférését. Ez az út azonban idővel, elsősorban társadalompolitikai okokból tovább már nem volt járható, s időszzerűvé vált az egészségbiztosítási rendszerek kialakítása.<sup>5</sup> Ekkor azonban már a szakmai okok domináltak. Az önkéntes egészségbiztosításban olyan feszültségek keletkeztek, melyek orvoslásához elkerülhetetlen volt a tagságra kötelezés bevezetése. Talán meglepő, de erre alig több mint egy évtizede került csak sor, például Svájcban (1995) és Izraelben (1996).

<sup>3</sup> Lásd 1902. évi 135.000. B. M. sz. szabályrendelet

<sup>4</sup> Lásd a nyilvános betegápolás költségei fedezéséről szóló 1875. évi III. tv. és a címében egy szótaggyal hosszabb nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló 1898. évi CXXI. tv. Az 1875. évi törvény nem szegényekről, hanem vagyontalanokról beszélt, az 1898. évi már szegényekről. Az illetőség korabeli, középkori eredetű jogi fogalom, s nagyjából a születési hellyel azonos, ha szülők a születésekor ott éltek. Elkerülhetett valaki falujából csecsemőkorában, s ha évtizedekig nem is járt arra, illetősége megmaradt. A felvidéki megyék az 1880–1890-es években irdatlan összegekkel tartoztak a budapesti kórházaknak évek, évtizedek óta ott élők kórházi ápolásáért.

<sup>5</sup> Egészségbiztosítási rendszer tagjának az egészségügyi ellátás jog, ami egészen más társadalmi közérzetet jelent, mint ugyanazt kegyként kapni, még ha e kegyet egyébként bőven osztogatják is.

A szakirodalom két egészségbiztosítási modellt különböztet meg.<sup>6</sup> Az egyik Bismarck kancellárról kapta nevét, aki 1883-ban a német törvényhozáson keresztülvitte az egészségbiztosítás kötelezővé tételét, és ezzel lerakta a világ első egészségbiztosítási rendszerének alapjait. A másik modell névadója Beveridge brit szociálpolitikus, aki az 1940-es évek elején a kormány felkérésére, a bismarcki modellből kiindulva új típust dolgozott ki, melyet közvetlenül a második világháború után, 1946-ban a brit törvényhozás elfogadott. Mindkettő óriási hatást gyakorolt és számos követőre tett szert. A szakirodalomban e két modellt mint „társadalombiztosítási” és mint „állami” rendszert szokás megkülönböztetni, az utóbbihoz még azt is hozzá szokták tenni, hogy az előbbivel szemben az „nem biztosítás”. Közgazdasági értelemben mindkettő társadalombiztosítás,<sup>7</sup> s bár a beveridge-i modellben az állam szerepe kétségtelenül nagyobb, ez nem elegendő ok arra, hogy ezt fő megkülönböztető jegyeként tekintsük. Az alábbiakban előbb modellszinten, meglehetősen absztrakt formában, majd történetiségében mutatom be a két modellt.

### *Az elméleti bismarcki modell*

A bismarcki modellben az aktív népesség számottevő hányadát kötelezik arra, hogy lépjen be a társadalombiztosítóba, s ezzel nemcsak a belépő, hanem a hozzátartozói – gyermekei, sok esetben házastársai stb. – szintén biztosítottá válnak. A társadalompolitikai cél a megbetegedés kockázata miatt sérülékeny, viszont politikailag-gazdaságilag fontos társadalmi rétegek, illetve foglalkozási csoportok tagjainak, szakmák művelőinek egzisztenciális stabilizálása. Akiket köteleznek, azok elsősorban a munkaviszonyban álló, de meghatározott keresetet (cenzust) el nem érő alkalmazottak, de több évtizedes fejlődés eredményeként a kötelezést a nem munkaviszonyban állókra (például az önfoglalkoztatók: birtokos parasztok, mezőgazdasági idénymunkások, kisiparosok, kiskereskedők, kisvállalkozók stb.) többségére is kiterjesztették, illetve a tagságot választhatóvá tették (ez a munkaviszonyban álló, de a cenzus felett keresőkre is vonatkozik). A bismarcki modellben az egészségbiztosítási rendszerből ki lehet maradni, kétféle esetben is. Kimaradnak a legszegényebbek, a

6 Az 1990-es évek elejétől meghonosodott a Szovjetunió, illetve az általa vezetett „Keleti Blokk” országainak egészségügyi rendszerét a Szemasko-modell alapján megszervezettnek tekinteni, elsősorban azért, hogy a szocialista rendszer bukása utáni átalakulás kiindulópontját értelmezni lehessen. (Alexander Szemasko [1874–1949] bolsevik orvos, Szovjet-Oroszország [1922-től Szovjetunió] első egészségügyi minisztere [népbiztos], aki nem hagyott rossz emléket maga után, máig kutatóintézet viseli nevét Oroszországban). Fontos hangsúlyozni, hogy a maga korában e kifejezés nem volt használatban, s bár a Szovjetunió példája e területen is hatást gyakorolt a rajta kívüli világra, ezt nem az alkalmazott megoldásoknak (melyek nemigen voltak tanulmányozhatóak), hanem a jelszavaknak köszönhetően: a Szovjetunió minden polgárának ingyenesen joga van a legmagasabb szintű egészségügyi ellátásra – ezt mondta magáról a rendszer. Ebben azonban csupán a legszűkebb szovjet elit részesült a számára létrehozott Kreml-kórházban. E sorok írója szerint nincs létjogosultsága a „Szemasko-modell” elnevezésnek, de ha lenne is, az már menthetetlenül a múlté.

7 A régi magyar szakirodalomban és a közbeszédben a beveridge-i modellnek megfelelő, teljes lefedettséget elérő társadalombiztosítást *népbiztosítás*nak nevezték.

társadalom perifériáján élők, akiknek a munkapiaccal nincs, vagy csak instabil a kapcsolatuk, illetve azok, akik olyan, sajátos vagy köztes, nem tipikus keresőtevékenységet folytatnak, mely nem beszorítható semmilyen jól körülírható kategóriába. És kimaradnak a jómódúak, a census felett kereső alkalmazottak, illetve a nagy vagyonnal és jövedelemmel rendelkezők, akiknek anyagi helyzete nem igényli, hogy egzisztenciájukat az egészségbiztosítási rendszer-tagsággal stabilizálják. (Ez azonban nem feltétlenül azt jelenti, hogy kimaradhatnak a biztosításból. Sok országban a jómódúak a saját döntésük alapján vagy belépnek egy társadalombiztosítóba, vagy valamely *biztosítóval* meghatározott tartalmú, legalább a nagy kockázatokra kiterjedő egészségbiztosítási szerződést kell kötniük.)

A társadalombiztosítás esetében létezik nevesített, a biztosítottság áraként értelmezhető járulék, mely főszabályként munkabér-arányos (tehát lineáris, nem pedig progresszív, mint a legtöbb országban a személyi jövedelemadózás), és a járulékfizetésnek van felső határa (ez nem okvetlenül azonos a kötelező tagság határát jelentő cenzussal). Ez azt fejezi ki, hogy bár a társadalombiztosítás jövedelem-újraelosztó rendszer *is*, de az újraelosztást a legmagasabb jövedelműek csak korlátozott mértékben táplálják. (A személyi jövedelemadózásban a helyzet fordított: az adófizetésnek nincs felső határa, ellenben az alacsony jövedelműek helyzetét alacsonyabb kulcsokkal és adóleírési lehetőségekkel könnyíthetik.) Több országban a lineáris járulék mellett van fix rész is (például Magyarországon a tételes egészségügyi hozzájárulás), de (ahol létezik) maga a minimálbér is meghatároz egy minimumjárulékot. E két dolog miatt – minimum és felső korlát – a járulékoltatás degresszív: az alacsonyabb jövedelmű személyi arányaiban többet fizet. Ezt a személyi jövedelemadózás esetében joggal lehetne igazságtalannak nevezni, mivel azonban a járulékoltatás indokai eltérőek, a szisztéma eltérő logikát követ.

A járulékot általában munkavállaló és munkáltató is fizeti, s a leggyakoribb, hogy (közel) fele-fele arányban. Ez azonban történelmi termék, mely a konkrét egészségbiztosítási rendszerek kialakulásához, illetve ezek jelentősebb változásaihoz kapcsolódik, ugyanakkor ennek közgazdasági tartalma nincs:<sup>8</sup> amit *jogi értelemben* a munkáltató fizet, az *közgazdasági értelemben* a munkavállaló munkajövedelmének része, s ő a járulékfizető. A fele-fele aránytól Izrael (munkaadó nem fizet járulékot) és Franciaország (a járulék kb. 96 százalékát a munkaadó fizeti) tér el leginkább. Franciaországban 1996 óta – amikor a munkavállalói járulékot adóvá alakították át, s ezzel kiterjesztették a nem munkából származó jövedelmekre is – a munkavállalói járulék sajátos szimbólumként maradt meg. A járulékoltatás célja sehol sem az, hogy azzal biztosítsák az egészségbiztosítási rendszer összes költségét, sőt, vannak országok, ahol a kiadások alig fele származik járulékbévételeiből. Ezért nincs különösebb értelme az egyes országokban alkalmazott járulékok mértékét összehason-

<sup>8</sup> Magyarországon a rendszerváltást megelőző adóreform során úgy konstruálták a járulékszisztémát, hogy a munkaadók négyszer annyi járulékot fizettek, mint a munkavállalók. Ennek azonban tisztán politikai oka volt, mely a szocialista rendszer logikájából következett. Egyértelműen az lenne a legcélszerűbb, ha a jogi és a közgazdasági valóság egybeesne, s a kizárólagos járulékfizető – megfelelő bruttószítás után – a munkavállaló lenne.

lítani, annak meg végképp nincs, hogy összevessük: az miképp oszlik meg a munkáltatók és munkavállalók között.<sup>9</sup> Ami igazán fontos, az az, hogy az egyes országokban a GDP arányában mennyit költenek az egészségügyre.

### *Az elméleti Beveridge-i modell*

Míg a bismarcki modellben a népesség számottevő hányadát kötelezik, a Beveridge-i modellben az egész népességet biztosítottá nyilvánítják. A társadalompolitikai cél az, hogy a társadalom minden tagja számára azonos hozzáférést biztosítsanak az egészségügyi ellátáshoz. A Beveridge-i modellben nincs nevesített járulék, a költségeket az állam adóbevételeiből (általános adó) fedezik. Ezt úgy is értelmezhetjük, hogy nem maguk az állampolgárok kötelesek önmagukat biztosítani, hanem a kormány, illetve a törvényhozás köteles helyettük ezt megtenni, de természetesen az ő adójuk egy részéből, úgy, hogy az állam a költségvetésben meghatározott mértékben egészségbiztosítást vásárol.<sup>10</sup> Nevesített járulék hiányában vizsgálhatatlan az egészségbiztosítási rendszer szolidaritás-tartalma.<sup>11</sup>

A Beveridge-i modellben önrész sincsen – ezt, szakmailag tévesen, „ ingyenesség ”-ként szokás emlegetni a közbeszédben –, mert annak még csekély mértéke is veszélyeztethetné a társadalompolitikai célt. (A bismarcki modellben ez nem kizárt, ugyanakkor például a német, de a magyar rendszer is önrész-mentesként indult.) Továbbá ugyanezen okból nincs mód kívül maradni a rendszeren (opting out)<sup>12</sup>; ezt még a legmódosabbak sem tehetik meg: koldus és királyfi ugyanannak az egészségbiztosítási rendszernek a tagja. A modellnek nem követelménye az egyetlen, állami tulajdonban lévő társadalombiztosító (bár gyakran ezt fő jellemzőjének tekintik), sőt a társadalombiztosító sem okvetlenül elkülönült szervezet: sok országban a közigazgatásba beépült, annak szerves, alig elkülönített része.

Fontos megjegyeznünk, hogy a Beveridge-i modellt a bismarcki modell pozitívan értelmezett, szélsőséges változataként is szemlélhetjük. A bismarcki modellt kezdeteitől a taglétszám gyors növekedése, kissé későbbi időponttól pedig a (méret)gazdaságosságra törekvés jegyében a társadalombiztosítók számának csökkenése jellemezte. Ha ez a folyamat végül eljut odáig, ahová mutat: a lakosság 100 százaléka biztosított és a

<sup>9</sup> A munkaadói járulékfizetés létének fontos gazdaságideológiai következménye, hogy lehetővé teszi a „foglalkoztatás terhe”, „munkáltató járulékos bérterhe” kifejezések használatát, melyek azt sugallják, hogy e terheket a munka „jogos” ellenértékén felül a munkaadóknak kell viselniük, akik ezt a kiélezett nemzetközi verseny miatt erre egyre nehezebben képesek, ezért követelik a csökkentését. Valójában azonban a munka és a tőke közötti jövedelemelosztási harcról van szó, melyben ez az utóbbiak fegyvere.

<sup>10</sup> A csoportos kötés ismert a biztosítói gyakorlatból, sőt a biztosítók jó okkal kedvelik. Ennek fő oka, hogy a több személyből álló csoport jelentette kockázat kevésbé volatilis, így pontosabban becsülhető, mint egyetlen emberé. S minél nagyobb a csoport, annál közelebb van az átlaghoz.

<sup>11</sup> Legalábbis azon a módon, ahogy a bismarcki rendszer esetén vizsgálható.

<sup>12</sup> A kimaradás természetesen úgy értelmezendő, mint kisebb adófizetésért cserébe lemondás a biztosítottságról. Annak nincs akadálya, hogy bárki magánkórházba, -klinikára menjen és ott teljes árat fizessen.

## TANULMÁNYOK

koncentráció eredményeként egyetlen társadalombiztosító marad, akkor gyakorlatilag a beveridge-i modellnél vagyunk. Az alábbi táblázat összefoglalja a két elméleti modell különbségeit.

	<b>bismarcki modell</b>	<b>beveridge-i modell</b>
Lefedettség	A lakosság döntő hányada biztosított, de lehetséges kívül maradni	A lakosság állampolgári jogon biztosított, nincs lehetőség kívül maradni
Költségek fedezete	Nevesített járulék. Az ebből befolyó összeget állami támogatás és/vagy az állam által átvállalt járulékfizetés egészíti ki	Nincs nevesített járulék. A kiadások fedezetét a központi költségvetés adóbevételeiből különítik el
Önrész	Lehetséges	Nincs

### A történeti modellek

#### *Németország – a történelmi bismarcki modell*

1883. június 15-én a 397 tagú Reichstag, a német parlament – 216 szavazattal 99 ellenében, az utóbbiak között mind a 12 szociáldemokrata képviselővel – elfogadta a munkások kötelező egészségbiztosításáról szóló törvényt. Ezzel a kor liberalizmusának egyik tabuja – miszerint az állam hatalma nem terjedhet odáig, hogy polgárait, illetve a munkaadókat egészségbiztosítási rendszerben való részvételre kötelezhesse – megszűnt tabunak lenni. A nemzetközi hatás szinte azonnali és rendkívüli erejű volt. A nemzeti munkásmozgalmak ettől kezdve a kontinens legerősebb ipari és kereskedelmi hatalmává váló Németországra hivatkoztak, miközben sűrűn utaltak arra, hogy ennek egy generáció alatti lezajlása és a társadalombiztosítási rendszerek létrehozása között szoros a kapcsolat. Ezt országaik gazdasági és politikai elitje egyre kevésbé söpörhette le, ehelyett az adaptálás gondolatával kellett megbarátkozniuk. Ehhez hasonlóan gyors és erős nemzetközi hatása lesz majd bő félévszázad múlva a Beveridge-jelentésnek, illetve a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat létrehozásának.

Az 1883-as törvényhozási döntésig meglehetősen rögzös út vezetett. A 18–19. század fordulójának politikailag meglehetősen széttagolt, gyakorlatilag földrajzi fogalomként létező Németországában megszülettek a betegpénztárakat szabályzó első törvények, illetve ezek váltották fel a középkorba viszonyuló joghagyományt. 1843-ban, már a Német Szövetség időszakában törvény mondta ki a helyi önkormányzatok azon jogát, hogy lakosaik számára a betegpénztári tagságot kötelezővé tegyék. 1849-ben a tagállamok kormányai arra kaptak felhatalmazást, hogy ugyanezt szakmai-foglalkozási csoportoknak is előírhassák. Ehhez persze a Német Szövetség két vezető hatalma, Poroszország és Ausztria együttes akarata kellett, s ez valójában utasítás volt. Ennek alapján 1854-ben e két országban, majd őket követve a többi német államban is kötelezővé tették a bányá-

szok betegpénztári (középkori eredetű, de az 1920-as évek végéig nálunk is használt kifejezéssel: bányatárszláda) tagságát. Valójában ekkor született meg az első egészségbiztosítási rendszer. De ennek akkor még nem volt nemzetközi hatása, az úgynevezett munkáskérdés csak néhány évtized múlva válik feszítő társadalmi problémává, a nemzetközi munkásmozgalom születéséig, a szociáldemokrata pártok megalakulásáig pedig még sok év telik el.

1862-ben a frissen hivatalba lépett Otto von Bismarck porosz miniszterelnök ígéretet tett a német munkásmozgalom legtekintélyesebb vezetőjének, Ferdinand Lassalle-nak (aki akkor a porosz törvényhozás tagja volt), hogy a munkásság helyzetét javító szociális intézkedéseket fog hozni. Ezzel a német egység ügyének, illetve az ennek érdekében folytatott fegyverkezési és diplomáciai erőfeszítések támogatásának kívánta megnyerni Lassalle-t. 1872-ben a munkáskérdésről rendezett berlini nemzetközi kongresszuson a német (és az osztrák) kormány küldöttei arról számoltak be, hogy hazájuk kormánya számára az egészségbiztosítás kötelezővé tétele eldöntött kérdés, már csupán a terhek nagyságát, és a munkaadók és munkavállalók közötti megosztását vizsgálják. Bismarck, már mint az egyesített Németország kancellárja, 1876-ban kísérletet tett az elfogadtatásra, de csupán a betegpénztárak intézményi újraszabályozásáig jutott, a kötelező jelleg kimondása a liberálisok ellenállásán megbukott.

Bismarck azonban nem hagyta annyiban. Az I. Vilmos császár ellen 1878-ban és 1879-ben elkövetett, sikertelen merényletek ürügyén fellépett a szociáldemokraták ellen, de valódi célja az új típusú kormánytöbbség létrehozása volt. Mivel a liberálisok nem voltak hajlandók támogatni a szociáldemokraták politikai jogainak korlátozásáról szóló törvényt, az uralkodóval felosztatták a Reichstagot, az új választások eredményeként pedig, a merénylet okozta felháborodásnak köszönhetően, meggyengültek az egyébként is fokozatosan csökkenő befolyású liberálisok.<sup>13</sup> Bismarck azonban még így sem lehetett biztos a dolgában, ezért a 84 éves Vilmostal üzenetet intéztetett a törvényhozáshoz (1881. november 17.), melyben az uralkodó császári kötelességeként fontosnak tartotta a „Birodalmi Gyűlésnek szívügyeként ajánlani a munkásság jólétének előmozdítását”, továbbá a „belső béke fenntartásához új és tartós biztosítékokat, a rászorulóknak pedig – akik ezt joggal elvárhatják – a gyámolítás nagyobb biztonságát és bőségét”<sup>14</sup>. Ezt követően Bismarck már nem saját

13 A régebbi, főleg marxista ihletésű történetírás a szociáldemokrata párt betiltásáról és üldözéséről beszélt, holott csupán a nyilvános agitációtól lettek eltiltva, ami a szociáldemokratáknak komoly kárt nem okozott (ez az időszak 1890-ig tartott). A merényletek kapcsán a szociáldemokraták egyértelműen elhatárolódtak az anarchizmustól és a forradalmiságtól, s kifejtették, hogy céljaikat evolúciós úton kívánják elérni. Ez megfelelt Bismarcknak, s ezt a célt szolgálta az 1880-as évek társadalombiztosítási törvényhozása. Ennek alapfeltétele a liberálisok meggyengítése volt.

14 Balázs Péter: Orvoslás ... 211. o. A szociáldemokráciával való kapcsolatra is utal az üzenet: „az elszenvedett szociális károk gyógyítása ne kizárólag a szociáldemokrata kihágások megtorlásának útján történjék, hanem azzal azonos mértékben arra is kell törekedni, hogy a munkásság jóléte előmozdíttassék”, uo. Alkotmányos monarchiákban az uralkodó hasonló megnyilvánulásait a kormány (fő) írja, természetesen ez esetben sem az agg Vilmos politikai kezdeményezéséről volt szó.

elgondolásai alapján cselekvő kormányfő, hanem az uralkodó akaratának végrehajtója, melynek részleteiről van helye a vitának, de az egészről már nincs. A törvényjavaslat támogatottsága így is alig haladta meg az egyszerű többséget. A szociáldemokrata képviselők pedig, miután megbizonyosodtak, hogy a többség azért biztos, az abban foglaltakat kevesellve nemmel szavaztak.

A német egészségbiztosítási rendszer társadalombiztosítói a betegpénztárak (Krankenkasse), melyek területi, vállalati és szakmai alapon szerveződtek. A betegpénztárak maguk határozzák meg, hogy a jogszabályban foglalt alapsomagnál mennyivel nyújtanak többet, és ezért mekkora járulékot kérnek (a törvénybe foglalt korlátokkal). A járulék munkaadók és munkavállalók közötti megoszlását törvény határozta meg. Az 1950-es évek első feléig 2:1 arányban a munkavállalók fizették a nagyobb részt, azt követően 1:1 lett arány.<sup>15</sup> A járulékfizetés arányai egyúttal a nonprofit, önkormányzó betegpénztárak igazgatóságában elfoglalt helyek arányát is jelentette, melyeket választással, illetve delegálással töltötték be. (A hitleri idők kivételt jelentettek, akkor a betegpénztárakat a kormányzat központilag irányította.)

A betegpénztárak száma 1885-ben, lényegében az induláskor 18 776, ami 1913-ig – ez az 1911-ben elfogadott új szabályozás életbe lépésének éve – 21 342-re nőtt. Ám ez volt a maximum. Ekkor a politika deklarálja e helyzet egészségtelen voltát, és összeolvadásokra ösztönöz, miközben a gazdaság koncentrációja is efelé mutat: 1925-ben már csak 7777, 1938-ban pedig 4625 betegpénztár működik. 1950-ben, a második világháborús vereség után, a kettéosztott ország nyugati felén, a Német Szövetségi Köztársaságban számuk 1992-re csökken, ami 1960-ig szerény mértékben, 2028-ra emelkedik. Ezután lassú csökkenés következik: szűk három évtized múlva, 1987-ben 1182 betegpénztár működik.<sup>16</sup> Németország újraegyesítését követően számuk szerény mértékben emelkedik, 1993. január 1-jén 1221. A rendszer szegmentáltsága és a méretgazdaságossági problémák egyre feszítőbbek, ezért a kormány összeolvadásra ösztönzi-kényszeríti a betegpénztárakat, aminek eredményeként 2004. január 1-jén már csupán 292 betegpénztár volt,<sup>17</sup> 2005. január 1-jén pedig 267.

Érdeemes egy pillantást vetni az utolsó évtized koncentrációs folyamataira. Az általános regionális betegpénztárak száma az 1993-ban még 269 volt, két év múlva 92, újabb két év elteltével, 1997-ben 18, 1999-ben már csak 17. Ez csak eggyel nagyobb a Német Szövetségi Köztársaság tarto-

15 2005. július 1-től a paritás szerény mértékben módosult. Ettől kezdve a munkavállalók 0,9 százalékos pluszjárulékot fizetnek (0,4 százalék fogpótlás, 0,5 százalék táppénz), míg a munkaadók 0,45 százalékkal kevesebbet. Így az arány 7,5:6,6 százalék lett a munkavállalók „javára”.

16 HIT, Németország, 2004. 15. o. 4. táblázat. A fenti adatok éves átlagok.

17 I.m. 36. o. 6. táblázat. Fel kell hívjam a figyelmet az adatok közötti inkonzisztenciára. A 4. táblázat szerint a betegpénztárak átlagos száma 1997-ben 476. A 6. táblázat szerint viszont számuk 1997. január 1-jén 457, 1998. január 1-jén pedig 386 volt. Valószínű számszaki hiba történt. Ellenben a 4. táblázat 2003-ban 319 betegpénztárról tud, a 6. táblázat pedig 2003. január 1-jén 325-ről. Ez lehetséges.

mányainak számánál.<sup>18</sup> A betegpénztárak zömét kitevő vállalati betegpénztárak száma az 1993–2004 közti időszakban szűk harmadára, 744-ről 229-re esett. A szakmai alapon szervezett betegpénztárak ennél is nagyobb arányaiban ritkultak meg, számuk 169-ről 20-ra csökkent, míg a szintén szakmainak tekinthető, a birtokos parasztságot tömörítő mezőgazdasági betegpénztárak száma csupán harmadával, 22-ről 14-re nőtt. A tengerészeknek és bányászoknak továbbra is egy-egy országos betegpénztáruk van. Az úgynevezett helyettesítő betegpénztárak száma 15-ről 10-re fogyatkozott. E típusról külön is kell szólni.

A helyettesítő betegpénztár a német betegpénztári rendszer sajátos eleme. Kezdetből ezek a betegpénztárak alternatívái voltak, szintén önkormányzók, de teljesen a tagok vezetése alatt álló rendszerben, ezért a tagok lemondtak arról, hogy munkaadóik járulékot fizessenek utánuk.<sup>19</sup> E betegpénztár-típus nagy népszerűsége tett szert, ami ellentmondott Bismarck szándékainak. Ő ugyanis a betegpénztárak igazgatóságát a munkások vezetői és a munkaadók képviselői közötti konstruktív párbeszéd és együttműködés színterévé kívánta tenni, hogy ezzel tompítsa az előbbieket forradalmiságát, s növelje az utóbbiak szociális érzékenységét. (A szociáldemokraták viszont a helyettesítő-típust favorizálták, és többek között azért nem szavazták meg az 1883-as törvényt, mert kifogásolták a munkaadók jelenlétét az igazgatóságokban.) Ezért az 1890-es években a kormány szűkítette a helyettesítő betegpénztárak létrehozásának lehetőségét és korlátozta a belépésre jogosultak körét, aminek nem várt következményeként viszont ezek az intézmények a szociáldemokrata párt erősítőivé váltak.<sup>20</sup> Erre válaszként a kormány 1901-ben új szabályozást dolgozott ki. Ennek célja most már az volt, hogy az egészségbiztosítási rendszerbe egyre nagyobb létszámban belépő fizetett alkalmazottakat (fehérgallérosok) és a szociáldemokraták befolyása alatt álló munkásokat (kékgallérosok) elválasszák egymástól. A helyettesítő betegpénztárak tagjainak munkaadói is járulékfizetők voltak, az igazgatóságban nem volt képviseletük. Kékgallérosok nem léphettek helyettesítő betegpénztárba, a fehérgallérosok viszont ezt is választhatták, és választották is. (A vállalat alkalmazottai-tisztviselői beléphettek a munkások számára létrehozott vállalati betegpénztárba, de választhattak egy *helyettesítő* betegpénztárat is.) A helyettesítő betegpénztárak a fehérgallérosok exkluzív intézményei lettek, egészen 1995-ig, 1996-tól viszont (egy 1993-as törvény alapján) bárki beléphet. A helyettesítő pénztárak lettek az utóbbi évtized átlépéseinek fő nyertesei.

Az 1883-as törvény elfogadása előtt közvetlenül az önkéntes egészségbiztosítással rendelkezők számát 5–10 százalékra becsülték. 1885-ben

18 E betegpénztárak nem az egy tartomány, egy általános regionális betegpénztár alapon jöttek létre, de néhány esetben területük azonos. A volt Német Demokratikus Köztársaság ma a Német Szövetségi Köztársaság öt tartományt jelent, melyet két betegpénztár fed le.

19 Nem érte őket számottevő veszteség, mivel kezdetben a munkaadói járulék a bér *két-harmad* százalékát tette ki. És munkaadóikkal megállapodhattak, hogy ennyivel emelje bérüket. Cserébe a munkaadóknak nem kellett foglalkozni a betegpénztári ügyekkel.

20 A szociáldemokraták befolyása ugyanis azokban kisebb volt. De ha a munkavállalói oldalt a munkaadók ellenében kell képviselni, a szakszervezetek, s a mögöttük álló szociáldemokrata párt befolyása megkérdőjelezhetetlen volt.

a lakosság 10 százaléka volt kötelezően biztosított; ez a szám 1913-ban 35 százalék, 1925-ben 51 százalék, 1960-ban 83 százalék volt. Ezzel a gyors növekedés időszaka lezárult, de a növekedése nem. 1997-ben elérte a 88 százalékot, s ezt követően már nem változott. A dolgozók között a kötelezően biztosítottak aránya ennél kisebb, alig valamivel több, mint háromnegyedük.<sup>21</sup> A fennmaradó 12 százalékból 10 százaléknak van magánbiztosítása, 2 százalékuk pedig katona, rendőr, menekült stb., aki teljes állami ellátásban részesül, s csupán 170 ezer fő (újabbán már 300 ezer főről is hallani) nem rendelkezik semmilyen biztosítással. (Utóbbiak között nem csupán a gazdagok találhatók, hanem olyan szegények is, akik bele sem kerültek, vagy kiestek az egészségbiztosítási rendszerből, közöttük olyanok, akik egy idő után nem tudták fizetni a magánbiztosítás díját.) A 10 százaléknyi magánbiztosítottból 6 százaléknak van teljes egészségbiztosítása, 4 százalékuknak csak kiegészítő, mivel közalkalmazottként meglehetősen kiterjedt állami ellátásban részesülnek.<sup>22</sup> A magánbiztosítók csupán a belépéskor mérhetik fel a biztosítottak kockázatait, utána már nem változtathatnak a kockázati besoroláson.<sup>23</sup>

Az idők során folyamatosan növekedett a betegpénztárak átlagos taglétszáma. Ez 1885-ben, mai szemmel döbbenetesen alacsony volt: mindössze 225 fő (ez annyit jelent, hogy ezres nagyságrendben voltak csupán pár tucat taggal működő betegpénztárak!). Az átlagos taglétszám négy évtized alatt megtízszereződött (1925: 2345 fő), a következő negyedszázadban pedig megnégyszereződött, és túllépte a tízezret (1950: 10 141 fő). Szűk négy évtized alatt ez is megháromszorozódott. 1987–1997 közötti egy évtizedben elegendő az újabb megháromszorozódáshoz (30 917 főről 91 780 főre). A folyamat itt nem áll meg: 2003-ban a betegpénztárak átlagos taglétszáma már 159 780 fő.

A biztosítottak száma – ahová a járulékfizető tagokon kívül a nem kereső házastársak és az eltartott gyermekek is beletartoznak – lényegesen nagyobb a járulékfizető tagok számánál, de arányuk a tagokhoz képest – a házasság munkába állásával és a gyermekszám csökkenésével – folyamatosan csökkent. A biztosítottak száma 1925-ben 77 százalékkal, 1960-ban 69 százalékkal, 2003-ban már csak 42 százalékkal múlta felül a tagok számát.

A 2004. január 1-jén létező 292 betegpénztárnak 72 millió biztosítottja volt (ebből 50,7 millió tag, a többi hozzátartozó), míg az egészségbiztosítási rendszeren kívül lévő 7,1 millió fő 49 magánbiztosítónak volt a biztosítottja. Az egészségbiztosítási rendszer biztosítottjainak 37 százaléka regionális, 33 százaléka helyettesítő, 21 százaléka vállalati, 6 százaléka szakmai-foglalkozási betegpénztárhoz tartozott, míg a fennmaradó 4 szá-

21 1987: 76%, 1997: 78%, 2003: 76%. HIT Németország, 2005., 15. o. A lakosság és a dolgozók arányának különbsége elsősorban arra vezethető vissza, hogy a magasabb jövedelműek általában idősebbek, és már eltartói gyermekeiknek.

22 HIT Németország, 2004. 57. o.

23 Ez szemben áll a biztosítás logikájával, mivel társadalombiztosítási elemet visz a magánbiztosításba. Az Egyesült Államokban például az egészségbiztosítást adott időtartamra kötik, és minden új kötésekor felülvizsgálják a kockázati besorolást.

zalék a mezőgazdasági, a bányász és a tengerész betegpénztárak között oszlott meg.<sup>24</sup>

A járulék mértéke (melyet nyugdíjasok és munkanélküliek is fizetnek) a rendszer indulásakor mindössze 2 százalék volt, ami az első világháborúig mindössze 3 százalékig emelkedett, majd egy évtized alatt megduplázódott, s közel három évtizedig változatlanul 6 százalék maradt. Az 1950-es években ismét emelkedésnek indult, s 2003-ban már 14,3 százalék volt.<sup>25</sup> E járulék mértékét átlag, mivel a betegpénztárak törvényben meghatározott határig az alapellátáson felül plusz ellátást is kínálhatnak, s emiatt a betegpénztárak által kért járulékok között néhány tizedszázaléknyi különbség van. Fontos megjegyezni, hogy a járulékokból befolyt összegek az egészségügyi összkiadás 57 százalékát fedezi le,<sup>26</sup> közel negyedük pedig magánkiadás.<sup>27</sup>

A járulékfizetésnek létezik felső határa, ez 2006-ban 3562,5 euró (2004: 3487,5; 2005: 3525). A járulékfizetés felső határa nem azonos a kereseti szinttel, mely alatt a tagság kötelező, ez 2006-ban havi 3937,5 euró (2004: 3862 euró).<sup>28</sup> Ez az átlagkeresethez képest meglehetősen alacsony szint, 2003-ban annak mindössze 1,6-szerese. A történelmi mélypont 1987, amikor csupán 1,1-szerese volt, attól kezdve emelkedik. Addig viszont csökkent, igaz voltak hullámzások; induláskor még 3,1-szeres volt. Azonban nem szabad megfeledkezni arról, hogy az átlag mindig a tagságra kötelezettek keresetének átlaga, s a rendszer kiterjesztése mindig a jobban keresők beengedését jelentette, aminek eredményeként az átlag növekedett. Tehát míg a felső határnak az átlagkeresethez viszonyított aránya az 1980-as évek második feléig csökkent, eközben nominálisan és reálértékben egyaránt nőtt.<sup>29</sup> Az utóbbi fél évtizedben különösen erőteljes volt a növekedés, mivel a rendszer pénzügyi stabilitása érdekében a kormányzat így kíván gátat venni az önkéntes tagok távozásának. A lakosság 88 százalékát kitevő biztosítottból 78 százalék kötelezően az, míg 10 százalék köthetne magánbiztosítást is, de inkább egy betegpénztárat választ. (Többségük jövedelme nem sokkal haladja meg a kötelező tagság jövedelemhatárát, általában van eltartott gyermek és/vagy nem dolgozó házastárs, ráadásul tartanak anyagi helyzetük rosszabbra fordulásától, aminek bekövetkezése esetén nem térhetnének vissza betegpénztárba.)

A német egészségbiztosítási rendszer a létrejöttétől egészen 1923-ig önrész-mentes volt. Ekkor az első világháború utáni recesszió miatt gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre 10–20 százalékos önrészt vezettek be (a munkanélküliek kivételével), amit 1930-ban fix összegű receptdíjra cseréltek, ugyanakkor a járóbeteg-ellátásban vizitdíjat vezettek be, amit később megszüntettek.

24 HIT Németország, 2004. 35. o. Kerekítési okból az egész 101%.

25 HIT, Németország, 2004. 4. tábla. 2007-ben 13,9%.

26 HIT Németország, 2004. 58. o., 2002. évi adat. Természetesen a betegpénztárak összkiadása.

27 2002-ben 24,7%. Ebből 12,2 százalékot zsebből fizetnek, ennek egy részét a rászorulóknak nemkormányzati szervezetektől támogatásként kapják. A magánbiztosítás 8,4 százalékot jelent, illetve 4,1 százalékot a munkaadó munkavállalójától átvállal. HIT Németország 2004. 58. o. 9. táblázat, 2002. évi adatok.

28 A rendszer indulásától sokáig évi birodalmi márka volt.

29 HIT Németország, 2004. 15. o.

Az 1990-es évek elejétől mutatkozó finanszírozási problémák felvetették az önrész-fizetés súlyának emelését, illetve új területekre való kiterjesztését. 2004-ben a járóbeteg-ellátásban három hónapra szóló vizitdíjat vezettek be (10 euró ellenében három hónapig nem kell ugyanannak az orvosnak fizetni, s akkor sem, ha a beteget orvosa irányította magasabb ellátási szintre; a 18 éven aluliak is mentességet kapnak). 2004-től a gyógyszerekért az ár 10 százalékát kell fizetni, de 5 eurónál mindenképpen többet, 10-nél viszont nem kell fizetni. Ez a konstrukció egy meglehetősen bonyolult, a kiszereles-csomagolás méretétől függő (kis, közepes, nagy) konstrukciót váltott fel.

### *Anglia – a történelmi beveridge-i modell*

Nagy-Britanniában 1911-ben, bő negyedszázaddal követve Németországot, némi felsőházi közjáték után,<sup>30</sup> bismarcki típusú kötelező egészségbiztosítási rendszert hozott létre (National Insurance Act); a bevezetéskor a népesség 13-14 százaléka volt önkéntesen biztosított. A kötelezővé tétel után gyors gyarapodás következett: az első világháború végéig, szűk évtized alatt a növekedés 2,5-szeres volt, míg elérte a 32 százalékot. Ekkor lelassult (az 1920-as évek közepén 35 százalék), majd ismét felgyorsult, és a második világháború előestéjén elérte az 50 százalékot. A kontinentális gyakorlattal ellentétben nem voltak biztosítottak a házastársbeli házastársak, csupán a gyermekek.<sup>31</sup> A társadalombiztosítók (döntően non-profit *friendly society*-k) viszonylag keveset és egyenetlen színvonalon nyújtottak, s kiterjedt volt az önrész.

A második világháború kitöréséig a szociális kérdések marginális szerepet játszottak a brit belpolitikában, mivel az a domináns konzervatív pártot illetve szavazóit nem érdekelte: az angol társadalom tulajdonképpen „két nemzet” (Benjamin Disraeli, 1868-ban és 1874–1880 között miniszterelnök), mely egymás mellett él, de egymástól szinte átléphetetlen társadalmi fallal, kasztszerűen elválasztva, szolidaritás-hiányban létezik. Ekkor azonban fordulat következett be. Ennek egyik oka, hogy a háború sikeres megvívása egységkormányt (úgynevezett háborús kabinetet) követelt, melybe a Munkáspárt belépett. A másik, ennél fontosabb ok az volt, hogy a fronton harcoló hadsereg sorállománya és a hátszág munkássága – kétségtelen nemzeti érzésük ellenére – nem érezte a magáénak a háborút. Ebben szerepet játszottak az első világháború veteránjainak sorsával kapcsolatos, keserű tapasztalatok, valamint az a közöny, melyet a háború első hónapjaiban a középosztály, de főleg a felső rétegek tanúsítottak a munkásosztály és kispolgárság sorsának rosszabbra fordulásá-

30 A törvény ellen a Lordok Háza hevesen tiltakozott, mivel abban a jövedelmek illegitim és radikális újraosztását látta. A tiltakozás obstrukcióba csapott át, aminek hatására az alsóház úgy döntött, hogy a költségvetési törvény az a kivétel, mely nem igényli a felsőház jóváhagyását.

31 Ezt azért is fontos megjegyezni, mert emiatt a nemzetközi összehasonlítások félrevezetők. Így Németország, Magyarország stb. a járulékfizető biztosítottak számát közli, de biztosított a házastárs és a gyermekek is. Ezeket nem tartották nyilván, csak időnként becsülték. A fenti adat viszont tartalmazza a gyermekek számát is.

nak ügyében. Az elégedetlenség mind nyíltabban jelentkezett, amit a német propaganda kellően hangsúlyozott is.

Ez a helyzet (társadalom)politikai választ kívánt. Arthur Greenwood, a háború utáni újjáépítés előkészítésével megbízott, munkáspárti tárca nélküli miniszter 1941. június 10-én az Alsóházban bejelentette, hogy a kormány William Beveridge vezetésével tárcaközi bizottságot nevezett ki, azzal a feladattal, hogy tekintse át a szociális rendszereket, és tegyen javaslatot fejlesztésükre. (Churchill, akivel Beveridge az első világháború előtti időkből személyes jó viszonyt ápolt, aznap dátummal írta alá a bizottság kinevezését.) Beveridge-nél alkalmasabb személyt nem találhattak volna. Jogász és közgazdász volt, aki évtizedek óta szociálpolitikával foglalkozott. Már az 1911-es munkanélküli biztosításról szóló törvény kidolgozásában is részt vett, sőt, az javarészt az ő munkája volt. Magát liberálisnak vallotta (mai fogalmainkkal szociálliberális; a liberális párt színeiben, 1944–1945-ben parlamenti képviselő, mandátumát időközi választáson nyerte), ami akkor a két nagy politikai tömb, a konzervatív párt és a munkáspárt között politikai senkiföldjét jelentette (hiszen a liberális párt politikai megsemmisülése, több évtizedes hanyatlás után gyakorlatilag befejezett tény volt).<sup>32</sup> Köztes pozíciója miatt mindkét fél megbízott benne, és politikai háttéré folytán javaslatait szocializmusnak sem lehetett címkézni (bár próbálkoztak ezzel is). Az akadémiai és társadalmi életben elismert név volt. Miniszteriális közszolgálati pályáját befejezve 1919-től a London School of Economics, 1937-től az Oxfordi Egyetem professzora, 1924-ben megjelent könyvéért pedig bárói címmel tüntették ki (ettől kezdve hivatalosan Sir Beveridge). 1946-tól a Felsőház tagja.

Beveridge másfél éves munkával készítette el 271 oldalas jelentését (hivatalos címe: Social Insurance and Allied Services, a nem hivatalos: Beveridge-Report, melyet magyarra előszeretettel fordítottak *Beveridge-terv*nek; s végül is valóban *terv* volt). Ezt több kötetnyi melléklet egészítette ki. A jelentést a kormány 1942. december 1-jén nyújtotta be az Alsóháznak, de vitája csak 1943. február 16-án kezdődött. Greenwood a munkáspárt radikális szárnya nevében változtatás nélküli elfogadást javasolt, míg a konzervatívok megkérdőjelezték, hogy a háborúból ugyan győztesen, de lerongyolódva kikerülő országban rendelkezésére állhatnak-e a megvalósításhoz szükséges források, ezért ők a végrehajtást határozatlan időre elhalasztották. (Ez mindenesetre azt bizonyította, hogy a jelentést nyíltan már nem lehetett levenni a napirendről.) A kormány nem állt a terv mellé, de kompromisszumot javasolt: az egészségbiztosítás általánossá tételét és a családi pótlék bevezetését elfogadta, a szociális minisztérium felállítását a távoli jövőbe tolt ki, míg az öregségi nyugdíjbiztosítás bevezetésére határozottan nemet mondott. A munkáspárti miniszterek többsége, köztük a későbbi miniszterelnök, Clement Attlee, és a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatot (National Health Service, NHS) majdan létrehozó egészségügyi miniszter, Aneurin Bevin a kormány

32 Fontos megemlíteni, hogy az 1911-es törvény a liberálisok alkotása volt, melyet Lloyd George pénzügyminiszter (1916–1922 között miniszterelnök) terjesztett a parlament elé. Ez a Munkáspártnak kevés, a konzervatívoknak sok volt.

kompromisszumos javaslatát támogatta, amit a radikálisok nem hagytak annyiban, s azonnali megvalósítást indítványoztak. Sőt, Greenwood, a Munkáspárt második embere és radikálisainak vezére, hivatalban lévő miniszterként a kormány elleni bizalmatlansági indítvány benyújtására kívánta pártját rávenni, amiről csak nagy nehézségek árán sikerült lebeszélni. Végül csupán azt indítványozták, hogy a kormány vállaljon garanciát a jelentésben foglaltak mielőbbi és maradéktalan megvalósítására. Ezt 335:119 (más források szerint 338:121) arányban leszavazták. A munkáspárti képviselők több mint fele a saját miniszterei, illetve a párt vezetői ellenében foglalt állást; Greenwood lemondott a miniszteri tisztségéről. Az egész világháború alatt nem volt rá példa, hogy ennyi képviselő szavazzon a kormány ellen. Egy 1943-ban végzett közvéleménykutatás szerint a polgárok 95 százaléka hallott a Beveridge-jelentésről, 88 százalékuk helyeselte, 6 százalék ellenezte, s az alacsony jövedelműek több mint fele vélekedett úgy, hogy a kormány nem, vagy nem teljes mértékben fogja megvalósítani az abban foglaltakat.<sup>33</sup>

A Beveridge-jelentés – mely mögül elkoptak a minisztériumok delegáltjai, így az lényegében a névadó egyszemélyes munkája – azzal vált egy új modell alapjává, hogy szerzője felismerte: nem a korábbi rendszer javíthatására és kiterjesztésére van szükség, hanem a probléma teljes, az alapoktól induló újragondolására. A bismarcki egészségbiztosítási rendszer fejlődésének iránya egyértelműen meghatározható: a társadalom egyre nagyobb hányada lett biztosított, miközben a társadalombiztosítók száma méretgazdaságossági szempontok miatt csökkent, s a kisebb számú biztosító között egyre erősebb lett a koordináció, és nőtt az a társadalmi-politikai igény, hogy szolgáltatásaik tartalma és színvonala ne legyen túlságosan eltérő. Beveridge arra jutott, hogy Angliának nem követnie kell Németországot, hanem egy nagy ugrással elébe kerülni; oda, ahová az idővel, a fejlődés eredményeként maga is el fog jutni. Ez pedig a majdnem teljes körű kiterjesztés,<sup>34</sup> a kisszámú, méretgazdaságos biztosító, valamint az orvosok alkalmazotti státusa. Volt azonban egy speciálisan angol szempontja is: le akarta rombolni a „két nemzet” közötti válaszfalakat. Ez viszont csak úgy lehetséges, ha egyetlen társadalmi rétegnek sincs módja intézményesen az egészségbiztosítási rendszeren kívül maradni, ha egyetlen, minden tagjának azonos ellátást nyújtó társadalombiztosító van, s ha nincs az igénybevételt esetlegesen korlátozó önrész. Ha nem így lenne, a válaszfal újraépülhetne. Ekkor még nem gondolt arra, hogy az egészségbiztosítási rendszert adóbevételekből finanszírozzák. Járulékot, hetente megvásárolt biztosítási bélyeg formájában, mindenkinek (gyerekeknek, háziasszonyoknak, munkanélkülieknek, nyugdíjaskorúaknak stb.) kellett volna fizetnie. Ezt, mint túlságosan bonyolult és drága megoldást, később elvetették.

<sup>33</sup> Jones (lásd Irodalom).

<sup>34</sup> Franciaország például már 1945-ben hivatalosan deklarálta, hogy célja bismarcki rendszerével a teljes körű kiterjesztés, amit 2000-ben ért el, amikor a még hiányzó 1,8 százaléknyi népességet biztosítottak nyilvánították. Más országokban néhány százalék hiányzik csak a teljességhez, de a tagságra nem kötelezett jómódúak közül soknak biztosítási kötelezettsége is van, s ezt a társadalombiztosítást önként választva is teljesíthetik (például Németország, Ausztria).

A hitleri Németország felett aratott katonai győzelmet közvetlenül követően, 1945. július 5-én általános választásokat tartottak Nagy-Britanniában, melynek kimenetele nem, legfeljebb az aránya tűnt kétségesnek. A választók azonban a háborút győztesen megvívó, nagy hazai és nemzetközi tekintélyre szert tett miniszterelnök, Winston Churchill konzervatív pártjának megjutalmazása helyett fölényes többséggel Clement Attlee munkáspártját jutatták hatalomra.<sup>35</sup> A konzervatívok veresége valójában egyáltalán nem volt váratlan. A választók körében a jövő miatti aggodalom bizonyult erősebbnek. Attól tartottak ugyanis, hogy a konzervatívok képtelenek lesznek megoldani az utóbbi évtizedekben felhalmozódott szociális problémákat. S bár a választási győzelmen a munkáspártiak maguk is meglepődtek, s nem szalasztották el a ritka történelmi pillanatot. A Beveridge-jelentés volt a sorvezető, a végrehajtás levezénylése pedig Aneurin Bevan egészségügyi miniszterre várt, aki alkalmasnak bizonyult a nem mindennapi feladatra.

1946-ban a biztosítási törvény (National Insurance Act) elfogadtatása még viszonylag sima ügy volt, de az egészségbiztosítási rendszer intézményi megoldásai körül drámai csata bontakozott ki. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálatról 1946 márciusában a parlamentnek benyújtott törvényjavaslattal szemben a munkáspárti kormánynak nem is annyira a konzervatívokkal, mint inkább az orvostársadalommal és néhány nagyobb önkormányzattal kellett megküzdenie.

A dolog könnyebbik része a kórházak államosítása volt. 1938-ban Anglia és Wales területén háromezer kórház működött, közülük kétezer önkormányzati fenntartású, ezer pedig magánkórház (voluntary) volt. A kétezer önkormányzati kórház közül háromszáz nagyméretű elmeegógyintézet, a maradék döntő többsége pedig állandó anyagi gondokkal küzdő kicsi és szegény önkormányzat tulajdonában állt. Az ezer magánkórház közül hétszáz úgynevezett cottage hospital (talán kórházi otthonnak lehetne fordítani), melyet általában a környék egy vagy több (házi)orvosa alapított és működtetett a saját praxisa mellett, mintegy másodállásban, s az állandó személyzet ritkán volt több egy főnél, aki egyszerre volt gondnok és műtőasszisztens.<sup>36</sup> Csupán háromszáz kórház volt úgynevezett többszakmás, viszont közülük került ki az a néhány, mely magas társadalmi és szakmai presztízzsel bírt, és valóban mintaszerű volt. A kórházi rendszer a 19. században még viszonylag jól működött, de a 20. század elejétől a kórházüzem bonyolultabbá válásának és az orvosi műszertechnika fejlődésének költségnövelő hatásával már csak kevés tudott lépést tartani. A kórházak közötti különbségek a háború alatt váltak nyilvánvalóvá a széles közvélemény előtt is, s egyre elfogadottabbá vált az államosítás gondolata, amit a szakmai közvélemény már az 1930-as évek végén az egyetlen lehetséges kiútnak tartott. A háború befejeződése sem enyhített a gondokon, s a kórházi rendszer a pénzügyi összeomlás szélén

<sup>35</sup> A 650 tagú parlamentben a munkáspártnak 393, a konzervatívoknak 213 hely jutott. A választási rendszer sajátossága miatt a szavazatok számában nem volt ekkora különbség: a munkáspártra 12,0 millióan, a konzervatívokra 9,9 millióan szavaztak.

<sup>36</sup> Akkoriban ezek az intézmények kórháznak számítottak, ma már nem számítanak annak. A WHO definíciója szerint a kórház az az intézmény, melyben legalább hat ágy és legalább egy, 24 órában ott tartózkodó orvos van. Ez utóbbi nem teljesült.

állt, ezért a kórházak államosítása nem ütközött erős politikai ellenállásba. Kivételt csak néhány, munkáspárti többségű kórházfenntartó nagyváros önkormányzata alkotott, melyek érzelmi okokból ragaszkodtak pénzügyileg stabilabb és hatalmas helyi erőfeszítésekkel fejlesztett intézményükhöz. Mindebből nyilvánvaló, hogy a kórházak államosítására nagyon is pragmatikus okokból, különösebb ideológiai megfontolások nélkül került sor.<sup>37</sup>

Az NHS létrehozását, legalábbis abban a formájában, ahogy a kormány a parlament elé terjesztette, leginkább az orvostársadalom sérelmezte. Elsősorban azt kifogásolták, hogy a kormányzat az NHS házi orvosainak fix fizetést szándékozik adni, és betegeiktől nem fogadhatnak el díjazást<sup>38</sup>. Emellett attól tartottak, hogy a kormány előbb-utóbb szakmai önállóságuk felszámolására törekszik, s ennek során a szabadfoglalkozású orvostársadalom fizetett állami hivatalnokká válik (értelmezésükben: süllyed), továbbá kifogásolták az orvosi praxisok adásvételének megtiltását. Bevan ragaszkodott az alapelvekhez: az NHS orvosai a betegektől nem fogadhatnak el díjazást és tilos a praxisok adásvétele, de az orvostársadalom megnyugtatóra törvényben garantálta, hogy tevékenységüket a kormányzat adminisztratív eszközökkel nem korlátozza, a (házi)orvosok nem lesznek (állami) alkalmazottak. Bevan feladta a fix fizetést és a kötött rendszert. Javaslatára alapján a házi orvosok jövedelme két részből áll: egy fix alapfizetésből, és egy, a pácienseik számától függő részből, amivel a kötött rendszer helyére a betegek szabad házi orvosválasztása léphetett. Egyúttal a házi orvosok is érdekeltté váltak, hogy minél többen őket válasszák.<sup>39</sup> Az orvostársadalom és a magasabb jövedelműek a bismarcki modellből ismert cenzust követeltek, de Bevan eltökélten ragaszkodott ahhoz, hogy minden brit állampolgár tag legyen, és ingyenes ellátást kapjon. Végül a házi orvosok 90 százaléka döntött úgy, hogy tevékenységét az NHS keretében folytatja, míg a lakosság 95 százaléka választott házi orvost.

A Beveridge-i modell eredeti változata az NHS 1948. július 5-i indítása után – melyet az aznapi Times „A tömegek felzárkóztak a középosztályhoz” főcímmel köszöntött – alig három évig élt. 1950 júniusában kitört a koreai háború, s az Attlee-kormány az ország teherbíró képességét alaposan igénybe vevő fegyverkezési programba kezdett. Az ehhez szükséges források előteremtése érdekében 1951 áprilisában a kormány a pénzügyminiszter javaslatára úgy döntött, hogy az NHS ezentúl a szemüvegek és műfogsorok árának csupán felét támogatja, ami ellen tiltakozásul Bevan egészségügyi és Harold Wilson kereskedelmi miniszter (1964–1970 között miniszterelnök) lemondott. 1952-ben 1 schillinges (5

37 Ahol az ideológiának szerepe volt, az a néhány nagy és kiváló magánkórház, mely esetén nem akarták, hogy a háborús évek után, mikor is válogatás nélkül mindenkit el láttak, „visszavegye” a társadalmi elit.

38 Azok anyagi helyzetétől függetlenül. Lásd fentebb a magyar községi és körorvosokkal kapcsolatban mondottakat.

39 Ez nagyjából a mai, 1992 óta létező magyarországi házi orvosi rendszernek felel meg. Az eredeti munkáspárti törvényjavaslat lényegében a Magyarországon 1950–1992 közötti körzeti orvosi rendszernek felel meg. A brit orvostársadalom ellenállásának volt értelme, a magyar ezt meg sem kísérelhette.

pennys) receptdíjat határoztak meg (ma a támogatott gyógyszerekért dobozdíjat kell fizetni, mely egységesen 6,85 font, kb. 2600 Ft), a fogorvost felkeresők 1 fontot tartoztak önrészként fizetni. Később ezek az összegek emelkedtek és a gyógyászati segédeszközökre is kiterjedtek, de az NHS bevételeinek ma sem több mint 3,5 százaléka származik önrészből.

Az NHS a megszületése óta sok bírálatot kapott, de komolyabb politikai támadás nem érte. A konstrukció megkérdőjelezését a konzervatívok és a munkáspártiak egyaránt visszautasították, még azelőtt, hogy a támadások igazán kibontakozhattak volna. Legutóbb 2007. június 24-én Gordon Brown pénzügyminiszter (néhány nap múlva miniszterelnök), a munkáspárt kongresszusán elmondott beszédében (amikor *Tony Blair*től átvette a pártelnöki tisztet) kijelentette, hogy az NHS a „következő nemzedéknyi időszakban” ingyenes marad az ellátást igénybe vevők számára, a szolgáltatások hozzáférhetőségét pedig „a szükségesség, és nem a fizetési képesség fogja meghatározni”<sup>40</sup>.

## Irodalom

- Atkinson, A. B. (1999): Magán- és társadalombiztosítás, valamint a hozzájárulási elv. In.: Csaba Iván–Tóth István György (szerk.): A jóléti állam politikai gazdaságtana. Osiris–Láthatatlan Kollégium, Budapest. 254–273. o.
- Balázs Péter (2002): Orvoslás pénzért és hivatástudatból. Melánia Kiadó.
- Borbás Ilona – Kincses Gyula (2007): Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban. ESKI.
- Busse, R. – Riesberg, A. (2004): Health Care Systems in Transition: Germany, 2004. Koppenhága, WHO Europe. [HIT, Németország, 2004]
- Csaba Iván (1990): Magánbiztosítás és társadalombiztosítás. Esély 6. szám, 21–37. o.
- Hámori Péter (1998): A Beveridge-jelentés. Egy angol szociálpolitikai terv és visszhangja ötvenöt év távolából. Valóság, 4. 84–94. o.
- Jones, H. (1992): Beveridge’s Trojan Horse. History Today, 10. sz. 44–49. o.
- Király Júlia (1989): Kollektív vagy egyéni racionalitás. A társadalombiztosítás reformjához. Közgazdasági Szemle, 2. szám, 188–205. o.
- Saltman, R. B. – Busse, R. – Figueras, J. (2004): Social health insurance systems in western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, WHO

## Melléklet

### *Az Egyesült Államok*

Az Egyesült Államokban hat kísérlet történt egészségbiztosítási rendszer létrehozására – az 1910-es évek második felében, az 1930-as évek közepén, az 1940-es évek második felében, az 1960-as évek első felében, az 1970-es években, végül 1992–1993-ban –, de ezek közül csupán egy volt sikeres: a 65 évnél idősebbek társadalombiztosítása, a Medicare 1965. évi

40 Brown átvette, és balra viszi a Munkáspártot. 2007. június 24. [www.nol.hu](http://www.nol.hu)

létrehozása. Ugyanebben az évben jött létre a Medicaid, a szövetségi állam egészségügyi segélyrendszere, mely meghatározott jövedelmi szint alattiak egészségügyi ellátásáról gondoskodik.

Az első kísérletre azt követően került sor, hogy Nagy-Britannia 1911-ben bismarcki mintára kötelező tagságon alapuló egészségbiztosítási rendszert vezetett be. E lépés hatalmas társadalmi-politikai visszhangra talált, amiben fontos szerepet játszott, hogy a hanyatló Anglia még ekkor is az Egyesült Államok mintaországa, de ennél is fontosabb volt, hogy a feltételek ekkorra értek be, erre az időre alakult ki a befogadó közeg; az 1883-as évek német társadalombiztosítási törvényhozása a tengerentúlon még keveseket hozott lázba. A politikai elit egyre több tagja vélekedett úgy, hogy az országnak szociális reformokra van szüksége – beleértve kötelező egészségbiztosítási rendszer létrehozását. A két hagyományos párt, a republikánusok és demokraták képtelenek voltak e gondolatok befogadására, így feltűnhetett egy harmadik erő, mely e programot felvállalva az 1912. évi elnökválasztáson a szavazatok 27,4 százalékát volt képes összegyűjteni (elnökjelöltjük az 1901–1909 közötti időszak republikánus elnöke, Theodore Roosevelt volt). Bár az Egyesült Államok történetében harmadik párt soha ennyi szavazatot még nem kapott, a progresszív párt hamarosan eltűnt a politika színpadáról, történelmi epizód szerepe csupán a reformok igényét jelezte. Örökségét a brit mintájú, nem marxista szocialista párt vette át, mely ugyanazon évben a kongresszusi választásokon 6 százalék szavazatot kapott, mely nem sokkal volt kevesebb a brit munkáspárt 1910-ben elért 6,4 százalékánál. Csak hogy míg utóbbi ezzel az eredménnyel 42 helyett szerzett a londoni Parlamentben, amivel jelentősen tudta befolyásolni az 1911-es törvény megszületését és a későbbi fejleményeket, addig amerikai elvtársaiknak egyetlen egy hely sem jutott a washingtoni Kongresszusban. És míg az angol munkáspárt évtizedek alatt a liberális párt helyére lépve a szintén kétpólusú brit rendszer egyik oldala lett, addig hasonló folyamat az amerikai politikai rendszerben meg sem tudott indulni. Végül a demokraták voltak azok, akik – erősen korlátozott mértékben ugyan, de mégis – felvállalták a szocialista-szociáldemokrata eszmeiséget, és a 20. század minden ez irányú kezdeményezése tőlük indul.<sup>41</sup>

A progresszív párt keltette hullámokon megalakult az American Association for Labor Legislation (AALL) nevű szervezet, mely 1916-ban, a brit és német példára hivatkozva kampányt indított országos és a tagállami szinten is. Az utóbbiak közül sokban annyit sikerült elérniük, hogy a helyi törvényhozások bizottságot küldtek ki a kérdés tanulmányozására, de hosszabb-rövidebb idő után mindegyik arra a következtetésre jutott, hogy a bevezetést nem ajánlja. A küzdelem különösen azt követően durvult el, hogy az USA belépett az első világháborúba és Oroszországban a bolsevikok vették át a hatalmat (1917). Az AALL-t a javaslat fő ellenzői, a munkaadók szervezetei és az orvosszövetség

41 Gyakran hallható vélemény, hogy az Egyesült Államokban azért nincs európai típusú egészségbiztosítási rendszer, mert ez az ország individualista, s mindennél többre becsüli az egyéni szabadságot, s nem tűri az állam olyan fokú beavatkozását polgárainak életébe, amit egy ilyen rendszer jelentene. Ez azonban teljes mértékben ideológia. A valódi ok a pártrendszer sajátossága és az érdekelt üzleti körök és az orvostársadalom ellenállása.

(American Medical Association, AMA) bolsevik- és németbarátsággal vádolták (miközben a britekről nem ejtettek szót). A kampány 1920-ra mindenütt kifulladásra vezetett.

Az 1920-as évek prosperitását követő gazdasági világválság igen súlyosan érintette az országot, minden fejlemény társadalmi-gazdasági reformok után kiáltott. 1932-ben a demokrata párti Franklin D. Roosevelttel került az elnöki székbe, aki meggyőző kongresszusi többségre támaszkodva késlekedés nélkül hozzákezdett New Deal néven ismertté vált programja megvalósításához. Ennek egyik eleme a *Social Security* létrehozása volt, mely alatt nem csupán az állami nyugdíjrendszert értette, hanem az egészségbiztosítási rendszert is. Az orvosszövetség azonban olyan erős támadást intézett előbb a gondolat, majd a készülő törvénytervezet ellen, hogy Roosevelttel 1934-ben visszakovert, s az arra vonatkozó részt végül is nem terjesztette a kongresszus elé. Fontosabbnak a nyugdíjügyet tartotta, ezért el kívánta kerülni, hogy a kötelező egészségbiztosítás esetleges kongresszusi bukása azt is magával rántsa. A törvény 1935-ben megszületett, s azóta az USA-ban társadalombiztosítás alatt kizárólag az állami nyugdíjrendszert értik. Roosevelttel eredeti elgondolása szerinti, a kötelező egészségbiztosítást is tartalmazó társadalombiztosítási rendszert Új-Zélandon fogadnak majd el 1938-ban.

A második világháború alatt ismét megfogalmazódott a gondolat, többek között annak köszönhetően, hogy meglehetősen sok fiatal férfit kellett egészségügyi okból fegyverforgatásra alkalmatlannak minősíteni. Az elfogadottság, összefüggésben a háborúval is, rendkívüli módon megnőtt: egy 1942-es közvéleménykutatás szerint 4-ből 3-an támogatják a kötelező egészségbiztosítást. Az emberek ekkor szembesültek először élesen az egészségbiztosítás szükségességével, mert míg 1940-ben csupán 12 millióan, 1945-ben már 32 millióan, 1950-ben pedig 76,6 millióan rendelkeztek magán-egészségbiztosítással.

A háború után, már a Roosevelttel örökébe lépő Henry Truman elnöksége idején, tudtával és támogatásával ambiciózus tervek készültek az 1935-ben megkezdett mű befejezésére, de azokat nem igyekezett a politika napirendre tűzni, s az erre irányuló politikai nyomás sem volt különösebben erős. Mégis ez lett az egyik fő témája az 1948-as elnökválasztási kampánynak. Truman megválasztották és a demokraták ismét meggyőző többséget kaptak a Kongresszusban, de terveit ennek ellenére sem tudta keresztülvinni. Az akadályt most nem annyira a társadalmi ellenállás jelentette, hanem a republikánusok és az ország déli államait képviselő demokraták koalíciója, melynek létrehozásában az AMA sokmillió dollárba kerülő lobbitevékenysége nem elhanyagolható szerepet játszott, és a hidegháború kezdetén nagyon sokaknak tűnt meggyőző érveknek, hogy a kötelező egészségbiztosítás a szocializmus felé tett lépés. Truman 1950-ben hivatalosan is visszakovert.

A republikánusok uralta 1950-es évek után, a Kennedy elnök meggyilkolása miatt alelnökként helyébe lépett Lyndon B. Johnson 1964-es megválasztásával érkezik el az újabb lehetőség, amit a demokrata párt belső erőviszonyainak átrendezése erősít: a déliek meggyengültek, a vezetést az északiak tartják kezükben. A sorozatos kudarcokból Johnson azt a következtetést vonta le, hogy inkább kevesebbet igyekezzen mar-

kolni. A Medicare kötelező egészségbiztosítási rendszer, de csak a 65 éven felülieknek, akik aktív korukban járulékot fizetnek, s ezért nyugdíjas korukban biztosítottak lesznek. Egy ilyen életkorfüggő konstrukció létjogosultsága nehezebben vitatható, a támogatók jól meghatározhatók és könnyen megszólíthatók, ráadásul politikai súlyuk növekvő. Sok demokrata gondolkodott úgy, hogy – szemben a bismarcki modellel, mely az egyes társadalmi rétegeket, a munkásságon kezdve, fokozatosan vonta be – az amerikai egészségbiztosítási rendszer kiterjedését az életkor vezérli majd.<sup>42</sup> Már a névválasztásban is taktikai szempontok játszottak szerepet: Johnson szakított azzal, hogy a Social Security kiterjesztéséről, az 1935-ben be nem fejezett építmény befejezéséről beszéljen. Ráadásul a Medicare-t egy szociális programmal, a Medicaid-del kötötte össze, amit elvi alapon nem, csupán költségvetési okokból lehetett ellenezni, ami viszont a Medicare-rel szemben fel nem hozható, mivel a jövőendő biztosítottak egyúttal járulékfizetők.

Az 1970-as években több kisebb és végül sikertelennek bizonyuló kísérlet történik a Medicare-rel ütött rés tágítására, azt mégis eredménynek kell elkönyvelni, hogy a Medicare-t fokozatosan erősítik, bővítik, s számottevő politikai erő létjogosultságát nem kérdőjelezi meg. A kudarcok pozitív hozadéka az, hogy mintegy kompromisszumként az önkéntes biztosítás támogatottsága, szabályozottsága, fogyasztóvédelme stb. erősödik.

Az 1990-es évek elején a kérdés újból a politika napirendjére került, igencsak sajátos módom. A demokrata Harris Wofford 1991-ben, időközi választáson versenybe szállt Pennsylvania egyik, légibalesetben elhunyt szenátorának helyéért. Ellenfele az állam volt kormányzója, majd a Reagan és Bush adminisztráció főállamügyésze, ismert és népszerű Wofford kampányának középpontjába az univerzális egészségbiztosítás bevezetését helyezte, aminek olyan széles és nem várt hatása lett, hogy képes volt megfordítani az eredményt. A történeteknek messzemenő következményei lettek. Bill Clinton 1992-es választási kampányát nagy mértékben erre (és a gazdaság állapotára) építette, s legyőzte a hivatalban lévő, ráadásul az Irak elleni háborúban győztes George W. Bush elnököt. Clinton 1992–1993-as kísérlete azonban viszonylag gyorsan megbukott, aminek az ellenérdekeltek ellenálláson kívül az is oka volt, hogy a társadalmi támogatottság is csökkent. A recesszió után fellendülés következett, és a helyzet jobbra fordulása miatt egyre kevesebben érezték szükségét az állam radikálisan megnövekvő szerepvállalásának.

Napjainkban az Egyesült Államokban színvonalas, jól működő, de csupán a 65 éven felüliekre vonatkozó kötelező egészségbiztosítási rendszer működik. Az önkéntes egészségbiztosítással nem rendelkezők 40–50 milliós tömege – mely a gazdaság prosperálása idején némileg csökken, recesszióban viszont nő – bármikor politikai kérdéssé válhat. Az alulbiztosítottok még ennél is nagyobb tömegek nyomasztó problémája, ahogy a biztosítási díjak emelkedése is. Az Egyesült Államok egészségügye közismerten a legdrágább a világon, melyre már a GDP közel 15 százalékát

42 Mondjuk úgy, hogy a 65 év előbb 60-ra csökken, majd 50-re, és így tovább.

fordítják, ennek közel felét a kormány. A gyorsan emelkedő biztosítási díjak kifizetése egyre nagyobb gondot jelent a középosztályhoz tartozóknak is, különös tekintettel arra, hogy az utóbbi évtizedek gazdasági növekedésének haszna szinte kizárólagosan a felsőbb rétegeknél koncentrálódik, és a mai harmincéveseknek azzal kell szembesülniük, hogy reálértékben nem fognak annyit keresni, mint szüleik generációja.<sup>43</sup> Ez a helyzet a globalizáció következtében állt elő, és azzal fenyeget, hogy szétfeszíti azt a társadalmat, mely egyébként jól viseli az éles társadalmi különbségeket. Új fejleménynek tekinthető, hogy sok nagyvállalat is egyre inkább terhesnek érzi az egészségbiztosítókkal folyó éves alkut, a biztosítási díjaknak az inflációnál és a béreknél gyorsabb növekedését, s egyre inkább hajlandó elfogadni a kötelező egészségbiztosítás kiterjesztését.

Ezért semmiképpen sem véletlen, hogy a demokraták 2008. évi elnökjelölt-választó kampányában – s talán majd az elnökválasztás során is –, a kérdés ismét központi szerepet kap.

<sup>43</sup> Lásd Economic Mobility: Is the American Dream Alive and Well?  
[www.economicmobility.org](http://www.economicmobility.org)

## Táblázat

	<i>Nemzeti kockázatközösség</i>		<i>Szolidaritás</i>
	Ellátási oldal	Finanszírozási oldal	
	DEFINIÍCIÓK		
	Horizontális és vertikális <i>méltányosság</i> = triage + progresszív betegellátás	Harmadik fél fizet	Nyílt, kényszerű jövedelem-átcsoportosítás. Elsősorban keresetekre, <i>progresszivitás</i> nélkül.
	ÉRVÉNYESÜLNEK-E AZ ELVEK ?		
<i>Társadalombiztosítás</i> (bismarcki modell)	Részben. Ha a biztosítóknak saját kórházai vannak, akkor nem.	Általában nem. Kivéve, ha a versengő biztosítók között kockázat-kiegyenlítés működik.	Korlátozott: 1. A betegbiztosítók szakmánként, területenként szerveződnek. 2. A kilépési lehetőség ( <i>opting out</i> ) miatt a gazdagok nem kényszerülnek szolidaritásra a szegényekkel.
Állami rendszer	Szemaskó rendszer: elvben igen.	Szemaskó rendszer: A 100%-os lefedettség csak évtizedek alatt épült ki.	Nem értelmezhető, mert az egészségügyi kiadásokra nincs elkülönített befizetés.
	NHS rendszer: Nem. A területi decentralizáció miatt.	NHS rendszer: Attól függ, hogy az adóbevételek területi decentralizációja nyomán van-e kiegyenlítő mechanizmus.	
Önkéntes biztosítás	Alapjában véve igen, de csak a biztosítottak számára.	Részlegesen – csak egy adott biztosítótársaságon belül.	A kockázat-arányos díj miatt nem érvényesül.
Jelenlegi magyar OEP-rendszer	Elvben teljes mértékben.	Igen. Jelentős hányadban adóból finanszírozott rendszer, ha nő a GDP, több pénz áll rendelkezésre.	Részben igen, részben nem. 1. A nem-keresők után az állam fizet. 2. Az is kap ellátást, aki egyáltalán nem fizet, vagy kevesebbet fizet, mint amennyit kellene.
Ún. több-biztosítós modell (holland, szlovák, magyar)	Igen	Igen. A versengő biztosítók között kiegyenlítő kasszák fognak működni.	Egy több éves átmeneti időszakban marad a régi rendszer. Később a biztosítók befolyást kaphatnak a méltányosabb járulékfizetés kikényszerítésére.